



Farmacia de Servicio por Correo  
Formulario de fax para el  
doctor que receta el medicamento.

Intercom:  
IVHPMP  
No. de UPI:  
IVH001



160

**Inter Valley Health Plan**

**PARA QUE ESTE FORMULARIO TENGA VALIDEZ, DEBE ENVIARSE DESDE LA OFICINA DEL DOCTOR QUE RECETÓ EL MEDICAMENTO.**

**SECCIÓN PARA EL PACIENTE**

**Paciente:** Para que se pueda procesar su pedido, debe haberse registrado en Walgreens, contar con una tarjeta de crédito vigente y haber proporcionado su información de envío. Se puede registrar en línea en **Walgreens.com/mailservice** (en inglés) o por correo, utilizando el formulario que se incluye en su paquete de inscripción. Una vez que se haya registrado, complete la información a continuación y entregue el formulario a la persona que le recetó el medicamento para que lo complete y nos lo envíe por fax.

Número de ID del miembro (Ubicado en la tarjeta) \_\_\_\_\_ Teléfono del paciente - -

Dirección del paciente \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**AVISO IMPORTANTE:** El reemplazo de medicamentos de marca por medicamentos genéricos equivalentes constituye una práctica farmacéutica estándar. Walgreens despachará un medicamento genérico equivalente si está disponible y permitido por la persona que lo recetó. Si no desea que se le despache un medicamento genérico o si tiene preguntas acerca de las recetas que solicitó a través del servicio por correo, por favor llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 888-305-0068, TTY 800-573-1833.

Al remitirnos este formulario, usted ha autorizado a divulgar toda la información que se requiera para procesar sus recetas bajo su plan de beneficios a Walgreens (y otras entidades necesarias).

**SECCIÓN PARA EL DOCTOR QUE RECETA EL MEDICAMENTO - Use sólo letra de imprenta y TINTA NEGRA.**

**Doctor que receta el medicamento:** Envíe este formulario completado por fax a **Walgreens al 800-332-9581. Debe firmarlo e indicar la fecha.** La mayoría de los planes de beneficios de farmacia autorizan un suministro máximo de 90 días de medicamento con tres repeticiones.

**NO ES VÁLIDO PARA RECETAS CII.**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento [DD/MM/AAAA] \_\_\_\_\_

| Medicamento | Concentración | Instrucciones | Cant. | Número de repeticiones | Dispensar según indicado |
|-------------|---------------|---------------|-------|------------------------|--------------------------|
|             |               |               |       |                        | <input type="checkbox"/> |
|             |               |               |       |                        | <input type="checkbox"/> |

Fecha \_\_\_\_\_ # de NPI \_\_\_\_\_ # de DEA \_\_\_\_\_

*Se requiere para sustancias controladas*

**Doctor que recetó el medicamento**

Firma \_\_\_\_\_ Nombre (Por favor, use letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono - - Fax - -

Marque la casilla si es un nuevo número de fax

**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD:** Este mensaje está destinado a la persona o entidad al que está dirigido y puede contener información privilegiada y confidencial, cuya divulgación está sujeta a la ley vigente. Si quien lee este mensaje no es su destinatario o el empleado o agente responsable de entregarlo a su destinatario, se le notifica que SE PROHIBE Estrictamente cualquier tipo de divulgación distribución o copia de esta información. Si recibió este mensaje por equivocación, por favor, notifíquenos de inmediato.